

Desigualdades raciais na saúde: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020

Rony Coelho¹, Matías Mrejen¹, Jéssica Remédios¹, Gisele Campos^{1,2}

¹Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

²Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas (EAESP/FGV)

Resumo

- Desigualdades raciais em saúde persistem no país e mulheres negras têm piores indicadores de acesso ao pré-natal bem como maiores taxas de mortalidade materna durante a gestação, parto e puerpério.
- Ocorreram melhorias incrementais nos cuidados pré-natais de 2014 a 2019, o que apontava para a redução do diferencial entre gestantes negras e brancas. Contudo, parte dos ganhos desse período foram perdidos com a pandemia.
- Na média do período de 2014 a 2019, houve aproximadamente 8 mortes maternas a mais de mulheres negras do que de mulheres brancas para cada 100 mil nascidos vivos. A Razão de Mortalidade Materna (RMM) apresenta maiores valores para as mulheres pretas em todas as regiões, se comparadas às pardas e brancas.
- Para reduzir as desigualdades raciais nos indicadores de acesso a cuidados pré-natais e as taxas de mortalidade materna é preciso fortalecer a Atenção Básica, programas relacionados à saúde da mulher e gestante bem como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que contempla diretrizes para garantir um olhar específico para a saúde de mulheres negras.

Introdução

Racism is a social determinant of Black health and social determinants are political problems. (Neighbors et al. 2022)

A criação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi fundamental para a melhora nos cuidados pré-natais e na redução da mortalidade materna no Brasil nas últimas décadas (Leal et al. 2018, França et al. 2016). Entre 1986 e 2013, passou de 78,7% para 97,4% o percentual de mulheres que realizaram uma ou mais consultas pré-natais, apontando a melhora do indicador mas ainda longe das seis ou mais consultas preconizadas para todas as gestantes. Também houve melhora na porcentagem das que realizaram a primeira consulta no primeiro trimestre da gestação, de 59,1% para 84,3% ao longo do mesmo período (Neves et al. 2020, França et al. 2016). A mortalidade materna, que era de 120 a cada 100 mil crianças nascidas vivas em 1990, caiu para 56,2 em 2018, uma drástica redução de mais de 50% (Morse et al. 2011, Motta & Moreira 2021). No entanto, as desigualdades raciais em saúde persistem no país e mulheres negras ainda têm piores indicadores de acesso ao pré-natal

e maiores taxas de mortalidade durante a gestação, parto e puerpério.

Cuidados com a saúde da mulher e da gestante são de grande importância nos sistemas de saúde não apenas pelo fato de que mulheres gestantes devem receber cuidados adequados em um momento crucial de suas vidas, mas também porque, como mães, proveem cuidados essenciais aos recém-nascidos, como o aleitamento materno. Não sem razão, a redução da mortalidade materna global, para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos, consta dentre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU)¹. As estratégias de redução dessa mortalidade passam pelos cuidados pré-natais, que desempenham papel fundamental na prevenção e detecção precoce de patologias maternas e fetais, permitindo um desenvolvimento mais saudável dos recém-nascidos e reduzindo os riscos e agravos às gestantes e puérperas (Schirmer et al. 2000, Brasil 2009). Segundo a publicação Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno, do Ministério da Saúde (MS) (Brasil 2009), a

¹Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>.



morte materna é uma “tragédia evitável” em 92% dos casos.

Nesses termos, a saúde materna deve ser compreendida como um problema de saúde pública e, como tal, é influenciada por determinantes sociais. Sabe-se, por exemplo, que as maiores taxas de mortalidade materna se encontram em países em desenvolvimento (Morse et al. 2011). Mas há outros determinantes que também estão associados às iniquidades em saúde, como o racismo, em suas diversas facetas e dimensões (estrutural, institucional, ideológico-cultural) (Almeida 2019), especialmente no Brasil cuja história e processo de socialização foram forjados na escravidão de pessoas negras que, ao se tornarem liberas, foram alijadas de quaisquer direitos (Fernandes 1978).

No campo das ciências da saúde, mais especificamente, desde a década de 1990, uma série de pesquisas tem apontado o racismo como um fator influenciador no processo saúde-doença, no Brasil (Barbosa 1998, Werneck 2016) e também nos Estados Unidos (Williams 1996, Krieger 2000, Neighbors et al. 2022). Sob essa perspectiva, a despeito dos avanços verificados na melhora dos indicadores de saúde materno-infantil, numa perspectiva temporal de mais longo prazo, há desigualdades contemporâneas a serem analisadas. Nesse sentido, o objetivo desta Nota Técnica é investigar o acesso aos cuidados pré-natais e a mortalidade materna, segundo raça/cor, no período de 2014 a 2020.

A Nota visa a contribuir para reduzir a lacuna produzida pela falta de estudos sobre saúde das mulheres negras (Werneck 2016, Martins 2006). Segundo Leal et al. (2017), poucos estudos sobre a influência da raça/cor nas experiências de gravidez e parto foram realizados no Brasil, principalmente de abrangência nacional. Nesse sentido, buscamos contribuir nesta direção ao analisar os dados tanto para o país quanto para suas microrregiões, bem como examinar o período mais recente, incluindo o primeiro ano da pandemia do coronavírus, para o qual temos os dados consolidados.

Dados e Metodologia

Utilizamos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DataSUS). Eles são referentes ao período entre 2014 e 2020, para o qual foi possível calcular os indicado-

res de assistência ao pré-natal adequado e a Razão de Mortalidade Materna (RMM).

Os dados do SINASC foram utilizados para calcular as porcentagens dos pré-natais adequados e inadequados. Considerou-se a assistência pré-natal adequada aquela iniciada no primeiro trimestre de gestação e com a realização de, no mínimo, seis consultas durante a gravidez (Brasil 2018). O SINASC foi utilizado também para verificar o número de nascimentos, utilizado como denominador no cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM).

As informações sobre o número de mortes maternas, identificadas pela “causa principal” registradas com códigos referentes ao “Capítulo XV - Gravidez, parto e puerpério (O00-O99)”, do Código Internacional de Doenças (CID), foram obtidas do SIM. A RMM consiste na relação entre o número de óbitos maternos e a quantidade de nascidos vivos multiplicado por 100 mil, dado determinado período temporal e espaço geográfico.

Os demais dados advieram de outras fontes, especialmente do IEPS Data², portal de dados em saúde que coleta e harmoniza dados de saúde, socioeconômicos e demográficos por regiões de saúde, nível territorial utilizado no modelo construído, e também do Tabnet³.

Na análise dos dados, foram aplicadas estatísticas descritivas bem como análise de regressão múltipla para verificar fatores associados à diferença de acesso a cuidados pré-natais adequados entre mulheres negras e mulheres brancas. Adotamos como variável independente a diferença entre porcentagens de pré-natais inadequados entre mulheres negras e mulheres brancas (diferencial racial). Agrupamos os dados por biênio (2014-15, 2016-17, 2018-2019) bem como por regiões de saúde⁴ e incluímos efeitos fixos por biênio e para as macrorregiões geográficas do Brasil. Os dados da regressão são apresentados de forma gráfica.

²Lançado pelo IEPS, o IEPS Data é um portal de dados de saúde que visa a facilitar o acesso de pesquisadores, gestores e sociedade civil ao agregar uma série de indicadores por níveis territoriais e disponibilizá-los em um interface amigável. Disponível em: iepsdata.org.br.

³Com exceção da porcentagem da população negra, que foi obtida diretamente pelo IBGE, e porcentagem da população de baixa renda, por região de saúde, que foi obtida através do Tabnet, todas as demais variáveis da regressão advieram do portal IEPS Data.

⁴A opção por regiões de saúde deve-se ao fato que a agregação dos dados mostrou-se mais consistente, pois muitos municípios de pequeno porte apresentaram número muito pequeno de nascimentos, por exemplo, gerando distorções nos dados.



Para o recorte racial, seguimos a classificação oficial do IBGE (Petruccelli & Saboia 2013), utilizando tanto a categoria negra, que é a agregação das categorias preta e parda, quanto essas últimas desagregadas, seguindo recomendações de especialistas da área (Santos et al. 2022), a fim de explicitar a complexidade e nuances do fenômeno – uma vez que a raça é, sobretudo sob o ponto de vista sociológico, um “elemento essencialmente político” (Almeida 2019, p. 31) e historicamente construído.

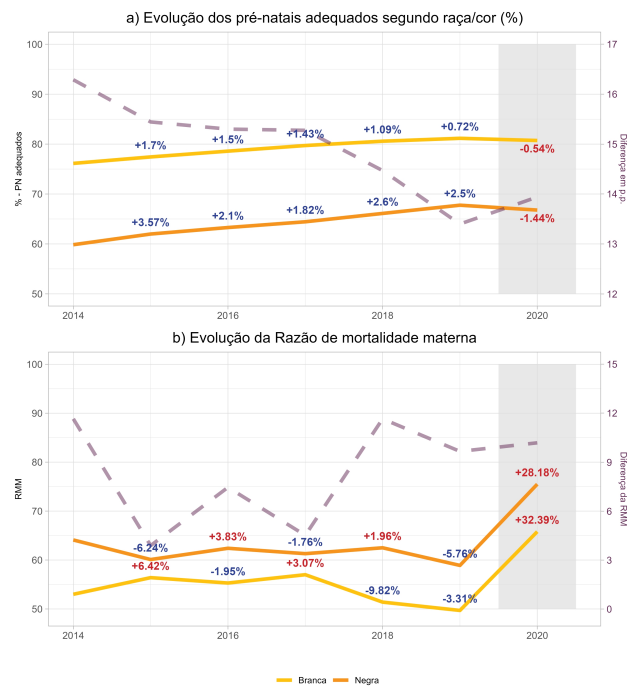
Resultados

Ao analisar a evolução da porcentagem de pré-natais adequados, segundo raça/cor, verificou-se que existem diferenças persistentes entre mulheres negras e brancas durante o período analisado (2014 a 2020). Dito em outras palavras, há um diferencial racial no acesso a serviços de atenção à saúde materna. Enquanto 76,1% das mulheres brancas realizaram um número adequado de consultas pré-natais em 2014, apenas 59,8% das mulheres negras acessaram esses cuidados. Até 2019, houve uma gradual melhora desses indicadores. Neste ano, tiveram assistência adequada 81,2% das mulheres brancas e 67,8% das mulheres negras. Entre gestantes brancas, aumentou em 5,1 p.p. o contingente que acessou cuidados pré-natais adequados de 2014 a 2019. Entre gestantes negras, esse aumento foi de 8 pontos. O painel “a” da Figura 1 demonstra essa evolução, com ganhos percentuais anuais para os anos de 2015 a 2019. Para as mulheres brancas, esses ganhos foram, respectivamente, ano a ano, de 1,7%, 1,5%, 1,4%, 1,09%, e 0,7%. Para as mulheres negras, foram de 3,5%, 2,1%, 1,8%, 2,6% e 2,5%, respectivamente.

Com efeito, verificam-se melhorias incrementais na realização de pré-natais entre 2014 a 2019 entre mulheres brancas e negras. Destaca-se que esse avanço nos indicadores foi mais acentuado para mulheres negras, o que apontava para a redução do diferencial racial, ou seja, para a diminuição da diferença entre mulheres brancas e negras, ainda que de forma tênue. A linha tracejada no gráfico (eixo y à direita) demonstra essa melhoria: parte dos 16,3 p.p. em 2014 para os 13,4 p.p. em 2019, tendo decaído em todos os anos ao longo do período. A queda da diferença no período foi, portanto, de aproximadamente 18%. Apesar dessa melhora modesta, as desigualdades raciais permaneciam.

Em 2020, com o primeiro ano da pandemia da COVID-19, nota-se então uma reversão da tendência do período de 2014 a 2019, regredindo a diferença para

Figura 1. Pré-natais adequados e razão de mortalidade materna segundo raça/cor



Fonte: Elaboração própria com base em dados do SINASC e do SIM.

13,9 p.p. Como se verifica no gráfico, em 2020, há piora na realização dos pré-natais adequados para todas as mulheres, mas de forma mais acentuada para mulheres negras. Em outras palavras, mulheres negras acessaram menos o serviço de saúde para consultas e cuidados relacionados ao pré-natal no primeiro ano da pandemia.

Ao passo que a proporção de gestações de nascidos vivos com o número de consultas de pré-natal adequado caiu 0,54% para mulheres brancas no ano da pandemia, em relação ao ano anterior, e para as negras caiu mais que o dobro, 1,44%. Portanto, parte dos ganhos, em termos de acesso à saúde materno-infantil, do período 2014-19, foi perdida em 2020.

Os desfechos para Razão de Mortalidade Materna (RMM) também são piores para mulheres negras em todo o período analisado, como pode ser observado no painel “b” da Figura 1. De 2014 a 2019, a RMM para mulheres negras variou de 58,9 a 64,1, ficando a média em 61,6. Para as mulheres brancas, a máxima foi de 57, no mesmo período, e a mínima de 49,7, ficando a média em 53,8.

A diferença entre essas médias é de 7,8 pontos. Isto é, na média do período, houve aproximadamente 8 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos a



mais de mulheres negras do que de brancas. Nesta série temporal, a máxima da RMM das mulheres brancas (de 57 em 2017) é menor do que a mínima das mulheres negras (de 58,9 em 2019).

Em 2020, com a pandemia, a RMM para mulheres negras saltou para 75,5, aumento de mais de 28% comparado a 2019; e para as brancas, para 65,5, aumento de mais de 32%. É válido observar que, somente com a pandemia, as mulheres brancas atingiram taxas tão elevadas quanto as mulheres negras no período anterior à pandemia.

Esses aumentos acendem um alerta. Se, mesmo antes da pandemia, o Brasil estava distante da meta pactuada para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável de reduzir para 30 o número de mortes maternas a cada mil nascidos vivos até o ano de 2030 (Sá & Benevides 2019), o país distancia-se ainda mais desse objetivo a partir da emergência sanitária ocasionada pela COVID-19.

Cuidados pré-natais e mortalidade materna por regiões

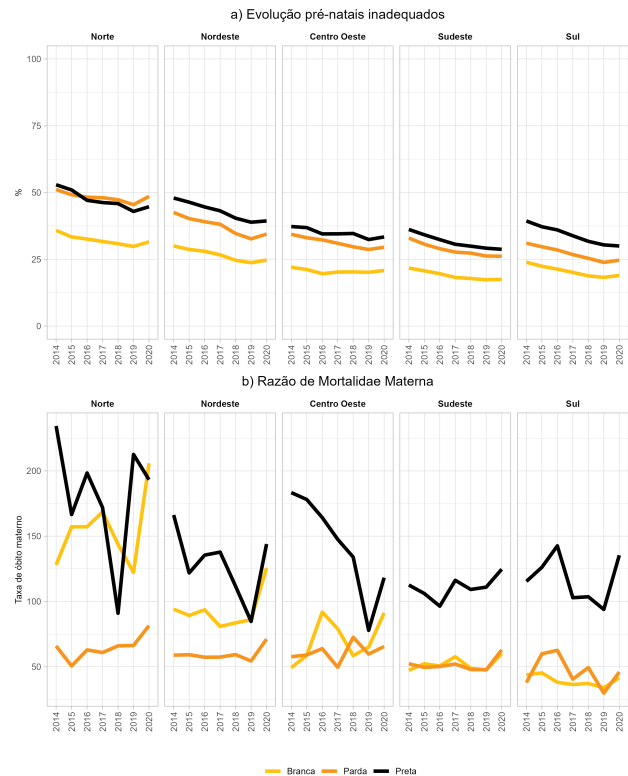
Analisamos agora os dados de acesso a cuidados pré-natais e mortalidade sob a ótica territorial e desagregamos a categoria raça/cor negra em gestantes pretas e pardas. Para ressaltar questões de acesso adequado a serviços pré-natais, nos concentramos sobre a porcentagem de pré-natais inadequados – ou seja, os casos em que iniciaram as consultas pré-natais após o terceiro mês de gestação ou não realizaram o mínimo de seis consultas.

Sob esse recorte, o pior indicador foi para as mulheres pretas na região Norte no ano de 2014, com 52,9% de pré-natais inadequados (Painel “a”, Figura 2). Esse dado indica que mais da metade das mulheres pretas na região Norte não teve assistência adequada ao pré-natal naquele ano. Para simples comparação, mulheres brancas, nesse mesmo ano, no Sudeste, tiveram 21,7% de pré-natais inadequados. Isto é, entre mulheres pretas da região Norte o percentual inadequado de consultas de pré-natal foi 2,4 vezes maior do que entre mulheres brancas da região Sudeste.

No Norte, mesmo em 2019 e 2020, os pré-natais inadequados para mulheres pretas ainda continuavam bastante elevados: 42,9% e 44,7%, respectivamente. Assim, pode-se dizer que, para as mulheres pretas da região Norte, não houve melhora significativa, se comparada a outras regiões do país, em termos de acesso. As mulheres pardas do Norte seguem de perto essa tendência, em alguns anos fi-

cando mesmo acima das mulheres pretas. Já os pré-natais inadequados para as mulheres brancas variaram de 35% a 29%, valores abaixo do encontrado para mulheres pretas e pardas.

Figura 2. Diferenças de acesso e mortalidade por região (2014-2020)



Fonte: Elaboração própria com base em dados do SINASC e do SIM.

Nas demais regiões, também se verifica essa diferença por raça/cor. Em todas as regiões, mulheres pretas tiveram desempenho pior do que pardas e brancas. Destacam-se alguns pontos. No Nordeste, em 2014, mulheres pretas tiveram 47,9% de pré-natais inadequados. Esse número caiu 9 p.p. até 2019, com uma pequena reversão em 2020, ficando em 39,4%. No Centro-Oeste, esta queda foi de 37,3% em 2014 para 32,4%, em 2019, com reversão, no ano de 2020, para 33,4%. No Sul, a queda entre as mulheres pretas foi de 39,3%, em 2014, para 29,9%, em 2020, mantendo a trajetória de decréscimo mesmo com a pandemia.

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) também apresenta maiores valores para as mulheres pretas em todas as regiões, se comparadas às pardas e brancas (Painel “b”, Figura 2). Chama a atenção a queda acentuada na mortalidade das mulheres pretas das regiões Nordeste e Centro-Oeste de 2014 a 2019, as



duas regiões que apresentaram melhor desempenho na redução das desigualdades de acesso entre mulheres negras e brancas no período (Figura 3).

No Centro-Oeste, em 2014, mulheres pretas registravam RMM de 161 mortes maternas a cada mil nascidos vivos. Em 2019, a RMM foi para 69,4 – uma redução de aproximadamente 56%, alcançando uma RMM para mulheres negras abaixo do Sul (com média da RMM de 87,3 para mulheres pretas) e do Sudeste (90). Na região Nordeste, a RMM para mulheres pretas caiu aproximadamente 52%, de 146, em 2014 para 69,5, em 2019. É notável que as regiões com as melhores médias no indicador para mulheres pretas mantiveram pouca variação ao longo do período e que mulheres brancas e pardas têm taxas bastantes similares nessas regiões.

Novamente, com a pandemia, observa-se a piora da RMM para praticamente todas as regiões e grupos de raça/cor, com exceção da região Norte, que apresenta queda para mulheres pretas mas ainda mantendo um patamar elevado, de quase 150 mortes maternas por 100 mil nascimentos. Os valores para mulheres brancas também mostram-se bastante elevados, com um grande salto no ano da pandemia. Esses dados, no entanto, devem ser vistos com cautela, uma vez que os registros na região Norte possuem sérias limitações, como indicado em Rocha et al. (2021)⁵.

Fatores associados às desigualdades raciais no acesso ao pré-natal

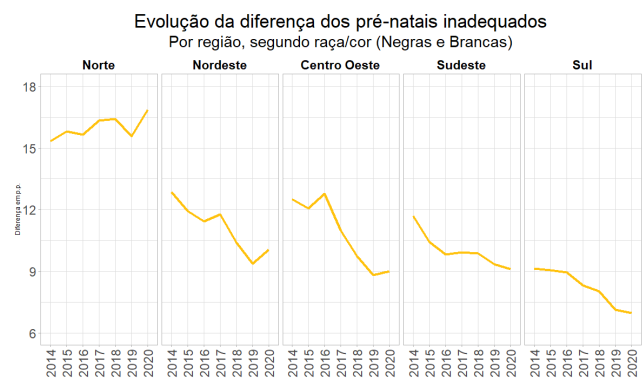
Com a finalidade de verificar fatores associados ao diferencial racial no acesso aos cuidados pré-natais, calculamos a diferença entre pré-natais inadequados entre mulheres negras e brancas. O resultado encontrado foi utilizado como variável a ser explicada a partir de um conjunto de variáveis independentes referentes a recursos e serviços de saúde, características socioeconômicas e características demográficas

⁵Os autores identificaram “inúmeras limitações nos dados e vazios informacionais que são particulares da Amazônia Legal. Em geral, estimativas referentes a número de óbitos estão sujeitas a limitações na cobertura do SIM, assim como estimativas referentes ao número de nascidos vivos estão sujeitas a limitações na cobertura do SINASC. Segundo Almeida (2016), a subnumeração de óbitos diz respeito principalmente à ocorrência de sepultamentos sem a exigência da Declaração de Óbito (DO), enquanto a subnumeração de nascidos vivos estaria relacionada a problemas com relação à emissão da Declaração de Nascimento (DN). Esses problemas são mais frequentemente associados a contextos de exclusão social, vulnerabilidade e longas distâncias, que dificultam o acesso de indivíduos aos serviços de saúde” (Rocha et al. 2021, p. 17).

agregadas por regiões de saúde.

A variável dependente é representada na Figura 3, por macrorregiões geográficas do país. O Norte apresenta a maior diferença entre pré-natais inadequados realizados por mulheres negras e brancas, com certa estabilidade ao longo dos anos e piora em 2020. Nessa região, mulheres negras tiveram 15% ou mais de pré-natais inadequados se comparadas às mulheres brancas.

Figura 3. Diferencial racial nos cuidados pré-natais



Fonte: Elaboração própria com base em dados do SINASC e do SIM.

Nas demais, observa-se uma queda de 2014 a 2019, ou seja, diminuição das desigualdades. As maiores são verificadas nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, que, no entanto, demonstram reversão da trajetória com a pandemia. As regiões Sudeste e Sul, por um lado, apresentam as menores desigualdades raciais no acesso a cuidados pré-natais, inclusive não apresentando reversão em 2020. Por outro lado, as quedas nessas regiões são menos acentuadas do que no Nordeste e no Centro-Oeste. Como resultado, a diferença entre essas últimas regiões, em 2014, é maior do que no final desse período, em 2019 ou 2020.

Assim, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram bom desempenho na redução das desigualdades de acesso de 2014 a 2019. Será preciso verificar se essa tendência se manterá pós-pandemia ou se a reversão ocorrida em virtude da crise sanitária será mantida.

Ao avaliar a associação entre características das regiões de saúde⁶ e o diferencial racial no acesso a

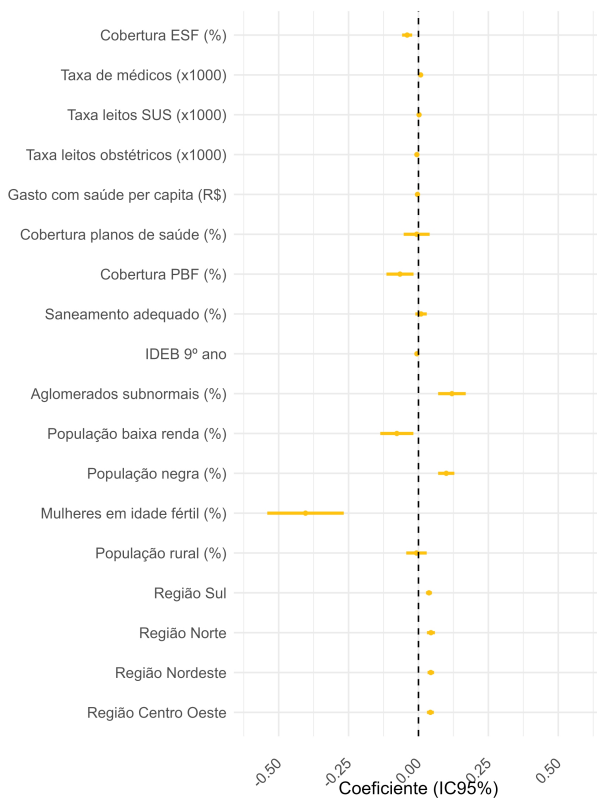
⁶Conforme definição do Ministério da Saúde, regiões de saúde são espaços geográficos contínuos constituídos por agrupamento de municípios limítrofes com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. São delimitadas “a partir de identidades culturais, econô-



cuidados pré-natais, encontramos as seguintes variáveis correlacionadas, na média, a menores níveis de desigualdade racial no que diz respeito à adequação de cuidados pré-natais: cobertura da Estratégia Saúde da Família, taxa de leitos obstétricos, despesa total com saúde no município, a cobertura do programa Bolsa Família, desempenho no IDEB (9º ano), porcentagem de população de baixa renda e a porcentagem de mulheres em idade fértil.

Por outro lado, tudo mais constante, a taxa de médicos per capita, a média da população em aglomerados subnormais e a porcentagem da população negra estão associadas, em média, a maiores níveis de desigualdade racial no que se refere ao pré-natal adequado.

Figura 4. Fatores associados ao diferencial racial no acesso a cuidados pré-natais inadequados



Nota: No modelo, todas as variáveis foram normalizadas, exceto as porcentagens e as *dummies* de região, a fim de que todas as variáveis variassem dentro de intervalos similares.
Fonte: Elaboração própria com base em dados do DataSUS, IBGE e IEPS Data.

Segundo os dados da Figura 4, dentre os recursos de saúde, o aumento de 1 p.p. no percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família está associado a

micas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados” (Brasil 2011). Atualmente, existem 450 regiões de saúde no Brasil.

uma diminuição, na média, de -0,04 na diferença de pré-natais inadequados entre negras e brancas. Por sua vez, o aumento de um desvio padrão na taxa de leitos obstétricos está associado a uma diminuição de -0,006 nessa diferença. Já o aumento de um desvio padrão na despesa total de saúde do município tende a reduzir -0,004 na variável resposta, ou seja, o diferencial entre as porcentagens de realização de pré-natais inadequados entre negras e brancas.

Dentre os fatores socioeconômicos, o aumento de um ponto percentual na cobertura percentual do Programa Bolsa Família está associado a uma diminuição de -0,066 na diferença normalizada de pré-natais inadequados de negras e brancas. Já para os fatores demográficos, o aumento de um ponto percentual na porcentagem de mulheres em idade fértil está associado a uma diminuição, na média, de -0,404 na diferença normalizada de pré-natais inadequados entre negras e brancas.

Ainda conforme o modelo, dentre os fatores associados ao aumento na diferença de pré-natais inadequados entre mulheres negras e mulheres brancas, encontramos que o aumento de um ponto na proporção da população vivendo em aglomerados subnormais (fator socioeconômico) está associado ao aumento de 0,120 no diferencial. Por fim, o aumento de um ponto percentual no percentual da população negra (demográfico) está associado a um aumento de 0,099 no diferencial entre negras e brancas.

Discussão

As desigualdades raciais em saúde no Brasil têm se revelado na saúde de mulheres negras (pretas e pardas) em termos de piores indicadores de acesso a cuidados pré-natais e maiores taxas de mortalidade durante a gestação, parto e puerpério.

Partimos do pressuposto de que se as condições de acesso aos serviços de saúde fossem mais igualitárias, não deveria haver diferença no cuidado pré-natal em virtude da raça/cor, portanto, não deveria haver um diferencial racial. Ou, dito de outro modo, pelo menos esse diferencial deveria tender a zero. No entanto, quando se calcula a diferença para pré-natais inadequados levando-se em conta as características étnico-raciais, ela mostra-se consistente ao longo do tempo, revelando desigualdades persistentes nos cuidados à saúde materna entre negras e brancas. Ou seja, as diferenças raciais no acesso ao pré-natal são sistemáticas, não se tratando de eventos isolados ou casos aleatórios.



Conforme corroborado pela literatura, as desigualdades de acesso se refletem nas taxas de mortalidade materna. Nesta Nota Técnica, vimos que, na média do período estudado, houve aproximadamente 8 mortes maternas a mais de mulheres negras do que de mulheres brancas por ano a cada 100 mil nascimentos. Esses resultados reforçam evidências de estudos anteriores. Sobre o cuidado pré natal, Millani (2017), com base em dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, encontrou resultados apontando que mulheres negras têm menor chance de iniciar o pré-natal antes da 12ª semana, realizar mais de 6 consultas e receber orientações quanto à gestação, parto e aleitamento materno, dentre outros cuidados relacionados à saúde de mulheres grávidas. Quanto à mortalidade, publicação do Ministério da Saúde (Brasil 2009) reportou que, no período de 2002 a 2006, mortes maternas por causas obstétricas diretas foram mais elevadas entre as mulheres pardas (com variações entre 72,8 e 76,1%) ou prevaleceram entre mulheres de raça/cor preta. Outra publicação do MS (Brasil 2020) encontrou que mulheres de raça/cor preta e parda totalizaram 65% dos óbitos maternos em 2018. Por fim, Carvalho & Meirinho (2020) apontam que em 2000 e 2017, a taxa de mortalidade materna de mulheres negras chegou a ser duas vezes maior do que a de mulheres brancas cujos condicionantes estão associados ao menor tempo nas consultas de pré-natal, à maior espera para serem atendidas e ao maior proporção de partos normais em relação às mulheres brancas.

Como os dados desta Nota Técnica demonstram, de 2014 a 2019 estava ocorrendo paulatina redução do diferencial racial no acesso ao pré-natal. A análise de regressão multivariada sugere que a cobertura da Estratégia Saúde da Família e a disponibilidade de leitos obstétricos estão associados a reduções nesse diferencial, assim como a despesa total de saúde do município e a porcentagem de famílias cobertas pelo Programa Bolsa Família. Focando a análise apenas nos componentes da área da saúde, há um déficit de leitos obstétricos no país e os leitos intensivos e intermediários, da Rede Cegonha, estão concentrados nas regiões Sudeste e Sul e apresentam os maiores déficits nas Norte e Nordeste (Miranda et al. 2021), justamente as que apresentam, na média, maior diferencial no cuidado pré-natal entre brancas e negras. Já o programa Estratégia Saúde da Família (ESF) é um dos eixos centrais da atenção primária à saúde e porta de acesso ao sistema. O acompanhamento do pré-natal é um dos focos do cuidado prestado pelas equipes de saúde da família, buscando facilitar o

acesso ao programa pré-natal e prestar atendimento contínuo. Suas ações visam prevenir, detectar precocemente ou tratar eventos indesejáveis à gestação, ao parto e ao recém-nascido (Cavalcante Costa et al. 2022, Castro & Abi Rached 2019). Nesse sentido, as regiões de saúde que apresentaram maior porcentagem de cobertura da ESF, apresentaram também, na média, tendência à redução do diferencial.

Em conjunto, os resultados desta NT reforçam as iniquidades raciais em saúde, apontando fatores observáveis associados a elas. Tanto a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PN-SIPN) quanto a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDS) da Organização Mundial de Saúde (OMS) consideram o racismo um determinante social da saúde. Compreender em maior profundidade os mecanismos pelos quais ele afeta a saúde de pessoas negras no Brasil, em múltiplas dimensões, permanece um desafio para pesquisas empíricas.

Válido ressaltar que o Brasil já conta com várias iniciativas que têm se mostrado bem sucedidas na melhoria dos indicadores de acesso pré-natal e de mortalidade materna desde a criação do SUS (Motta & Moreira 2021). Para reduzir as desigualdades raciais é preciso fortalecer essas iniciativas, colocando em destaque a dimensão racial. Conforme apontado pela PNSIPN, é necessário: i) garantir e ampliar o acesso da população negra às ações e aos serviços de saúde, ii) identificar as necessidades de saúde da população negra e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades, iii) definir e pactuar, junto às três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde e, para citar um último e fundamental ponto, iv) monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios antirracistas.

Agradecimentos

Agradecemos a Rudi Rocha e Beatriz Rache pelas sugestões e comentários bem como à Helena Ciorra pelo apoio na edição e revisão deste documento.

Referências

- Almeida, S. (2019), *Racismo Estrutural*, Feminismos Plurais, Editora Jandaíra.
- Almeida, W. d. S. d. (2016), *Estimação da mortalidade infantil nos municípios brasileiros*, Doctoral thesis, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.



- Barbosa, M. I. d. S. (1998), Racismo e saúde, Doctoral thesis, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Brasil (2009), Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno, Manual Técnico, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde.
URL: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf
- Brasil (2011), Resolução nº 1, 29 de setembro de 2011, Ministério da Saúde.
URL: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/02/CIT1-2011.pdf>
- Brasil (2018), Saúde Brasil 2017: uma análise da situação e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável, Manual Técnico, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde.
URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf
- Brasil (2020), Boletim Epidemiológico Nº 20, Volume 51, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.
URL: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020/>
- Carvalho, D. & Meirinho, D. (2020), 'O quesito cor/raça: desafios dos indicadores raciais de mortalidade materna como subsídio ao planejamento de políticas públicas em saúde', *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde* **14**(3).
- Castro, L. d. S. & Abi Rached, C. D. (2019), 'Acolhimento humanizado no cuidado pré natal as gestantes da esf', *International Journal of Health Management Review* **5**(3).
- Cavalcante Costa, L., dos Santos Rodrigues, L., Silva Brinigel, L., Bastos e Bastos, A., Marreiros dos Santos, M., Pinheiro Meneses Filho, E., Sousa Rêgo, A. & Fernandes Lucena Batista, R. (2022), 'Atenção Básica à Saúde: uma comparação entre a atenção pré-natal na Unidade de Saúde da Família e os serviços tradicionais', *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde* **23**, 79–86.
- Fernandes, F. (1978), *A integração do negro à sociedade de classes*, Vol. 1, 3 edn, Editora Ática.
- França, G. V. A., Restrepo-Méndez, M. C., Maia, M. F. S., Victora, C. G. & Barros, A. J. D. (2016), 'Coverage and equity in reproductive and maternal health interventions in Brazil: impressive progress following the implementation of the Unified Health System', *International journal for equity in health* **15**, 149.
- Krieger, N. (2000), 'Refiguring 'Race': Epidemiology, Racialized Biology, and Biological Expressions of Race Relations', *International Journal of Health Services* **30**(1), 211–216.
- Leal, M. d. C., Gama, S. G. N. d., Pereira, Esteves, A. P., Pacheco, V. E., Carmo, C. N. d. & Santos, R. V. (2017), 'A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil', *Cadernos de Saúde Pública* **33**.
- Leal, M. d. C., Szwarcwald, C. L., Almeida, P. V. B., Aquino, E. M. L., Barreto, M. L., Barros, F. & Victora, C. (2018), 'Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)', *Ciência & Saúde Coletiva* **23**, 1915–1928.
- Martins, A. L. (2006), 'Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil', *Cadernos de Saúde Pública* **22**, 2473–2479.
- Millani, S. d. A. (2017), Cuidado pré-natal a mulheres negras e brancas no brasil: indicador de adequação e fatores associados, MSc Dissertation, Universidade Federal da Bahia.
- Miranda, E. C. S., Rodrigues, C. B., Machado, L. G., Gomes, M. A. d. S. M., Augusto, L. C. R., Simões, V. M. F., Magluta, C. & Lamy-Filho, F. (2021), 'Situação dos leitos neonatais em maternidades brasileiras: uma análise exploratória', *Ciência & Saúde Coletiva* **26**, 909–918.
- Morse, M. L., Fonseca, S. C., Barbosa, M. D., Calil, M. B. & Eyer, F. P. C. (2011), 'Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?', *Cadernos de Saúde Pública* **27**, 623–638.
- Motta, C. T. & Moreira, M. R. (2021), 'O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018', *Ciência & Saúde Coletiva* **26**, 4397–4409.
- Neighbors, H. W., Mattingly, D. T., Johnson, J. & Morse, K. (2022), 'The contribution of research to racial health equity? Blame and responsibility in navigating the status quo of anti-black systemic racism', *Social Science Medicine* p. 115209.
- Neves, R. G., Flores-Quispe, M. D. P., Facchini, L. A., Fassa, A. G. & Tomasi, E. (2020), 'Pré-natal no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014', *Epidemiologia e Serviços de Saúde* **29**.
- Petrucelli, J. L. & Saboia, A. L. (2013), *Características étnico-raciais da população: classificações e identidades*, number 2, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE.
- Rocha, R., Camargo, M., Falcão, L. & Silveira, M. (2021), 'A Saúde na Amazônia Legal Evolução Recente e Desafios em Perspectiva Comparada', *Estudo Institucional IEPS* **4**.



Sá, E. B. d. & Benevides, R. P. d. S. (2019), 'Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades: o que mostra o retrato do Brasil?'

Santos, R. V., Bastos, J. L., Kaingang, J. D. & Batista, L. E. (2022), 'Cabem recomendações para usos de "raça" nas publicações em saúde? Um enfático "sim", inclusive pelas implicações para as práticas antirracistas', *Cadernos de Saúde Pública* **38**, e00021922.

Schirmer, J. et al. (2000), Assistência Pré-Natal, Manual técnico, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde.

URL: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf

Werneck, J. (2016), 'Racismo institucional e saúde da população negra', *Saúde e Sociedade* **25**, 535-549.

Williams, D. R. (1996), 'Race/ethnicity and socioeconomic status: measurement and methodological issues', *International Journal of Health Services* **26**(3), 483-505.

URL: <http://www.jstor.org/stable/45130665>

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Coelho, R., Mrejen, M., Remédios, J. e G. Campos. (2022). Desigualdades raciais na saúde: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020. *Nota Técnica* n. 27. IEPS: São Paulo.

www.ieps.org.br
+55 11 4550-2556
contato@ieps.org.br